A mon cher collègue et ami le docteur [illegible] Affectueux souvenir E Rondot

EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

M. ÉDOUARD RONDOT

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MÉDECIN DES HOPITAUX DE BORDEAUX.



BORDEAUX
IMPRIMERIE BONNARD
91, Rue Porte-Dijeaux, 91

1888

TITRES UNIVERSITAIRES

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS (Janvier 1878).
AGRÉGÉ (section de pathologie interne et de médecine légale) du concours de 1879.
EN EXERCICE DEPUIS LE 1er novembre 1880 (~~huitième~~ neuvième année).

FONCTIONS REMPLIES DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

AGRÉGÉ DES FACULTÉS DE MÉDECINE (section de pathologie interne et de médecine légale); nommé après concours le 21 avril 1880.
CHARGÉ D'UN COURS COMPLÉMENTAIRE DE PERCUSSION ET D'AUSCULTATION, nommé par arrêté ministériel du 30 mars 1885.
CHARGÉ DU MÊME COURS COMPLÉMENTAIRE pour 1885-86, nommé par arrêté ministériel du 21 octobre 1885.
CHARGÉ D'UNE CONFÉRENCE DE PATHOLOGIE INTERNE : PERCUSSION ET AUSCULTATION, pour l'année scolaire 1886-87.
CHARGÉ DE LA MÊME CONFÉRENCE, pour l'année scolaire 1887-88.
TOTAL DES SERVICES DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR COMME AGRÉGÉ : 9 années.
Chargé de la Clinique médicale des maladies des Enfants, depuis le 1er Janvier 1889.

ENSEIGNEMENT FAIT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

ANNÉE 1884-85. — COURS COMPLÉMENTAIRE DE PERCUSSION ET D'AUSCULTATION (Maladies des voies respiratoires).
ANNÉE 1885-86. — COURS COMPLÉMENTAIRE DE PERCUSSION ET D'AUSCULTATION (Maladies du cœur et des vaisseaux, etc.).
ANNÉE 1886-87. — CONFÉRENCE DE PATHOLOGIE INTERNE : PERCUSSION ET AUSCULTATION.
ANNÉE 1887-88. — CONFÉRENCE DE SÉMÉIOLOGIE : PERCUSSION ET AUSCULTATION.

Le *Cours complémentaire de percussion et d'auscultation*, institué sur ma demande depuis quatre ans, officiellement autorisé par arrêtés ministériels pour 1885 et 1886, m'a été confié, ~~cette année~~ en 1888 pour la quatrième fois, sous forme de *conférence de pathologie interne*.

J'ai pensé qu'il serait utile aux élèves de leur présenter, dans une série de leçons magistrales et de démonstrations pratiques, tout ce qui a trait à cette portion de la pathologie dont je n'ai pas besoin de signaler l'importance.

Mes recherches sur l'*espace semi-lunaire* ont été entreprises à l'occasion de cet enseignement.

J'ai, de plus, remplacé dans leur chaire de clinique médicale, M. le professeur Picot, dont j'ai fait le cours pendant quinze jours en 1884, et M. le professeur Pitres, à la place duquel j'ai fait une suite de leçons pendant un mois en 1886.

Chaque année, pendant les vacances, j'ai suppléé l'un des professeurs de clinique médicale, et, tout en m'attachant à former les élèves à l'examen des malades, j'ai fait, à plusieurs reprises, des leçons sur les cas intéressants qui se présentaient dans les services.

Année 1889. — Cours complémentaire ~~de~~ clinique des maladies des Enfants, comprenant chaque semaine une leçon magistrale et une conférence pratique au lit du malade.

TITRES HOSPITALIERS

EXTERNE ET INTERNE DES HOPITAUX D'ANGERS (nommé après concours), 1869-1872.
LAURÉAT DE DEUXIEME ANNÉE et prix Mame.
EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS (concours de 1872), attaché au service de médecine de Fauvel, à l'Hôtel-Dieu, 1873.
INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS (concours de 1873).
SALPÊTRIÈRE; service de Trélat père (aliénées), 1874.
ENFANTS MALADES : service d'Archambault (médecine), 1874.
MAISON DUBOIS : service de Demarquay (chirurgie), 1875.
HOTEL-DIEU : service de Fauvel (médecine), 1876-1877.
QUATRE ANNÉES D'INTERNAT, dont trois dans des services de médecine.

MÉDECIN DES HOPITAUX DE BORDEAUX : nommé le premier au concours de 1882, actuellement médecin en chef de l'hospice des vieillards.
SERVICES MILITAIRES VOLONTAIRES : Aide-chirurgien de la Société de secours aux blessés pendant le siège de Paris; attaché à la quatrième ambulance volante (Vanves, Grand-Montrouge).

TITRES ACADÉMIQUES ET AUTRES

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS, depuis 1877.
MEMBRE FONDATEUR DE LA SOCIÉTÉ D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE BORDEAUX, secrétaire-général adjoint depuis sa création (1881).
MEMBRE DE LA RÉUNION MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX ET HOSPICES DE BORDEAUX (1882-89).
MEMBRE FONDATEUR DE LA SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE BORDEAUX.
MEMBRE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA GIRONDE.
MÉDECIN ASSERMENTÉ DES PONTS-ET-CHAUSSÉES.
MÉDECIN INSPECTEUR DES ÉCOLES COMMUNALES.
DÉLÉGUÉ, nommé par les professeurs et les agrégés de la Faculté mixte de Bordeaux pour représenter l'agrégation dans la délégation des Facultés de médecine; chargé dans les réunions tenues à Paris en 1884 et 1885 des fonctions de secrétaire.
Inspecteur régional adjoint de l'hygiène publique. (1888)

TRAVAUX ORIGINAUX

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

De la Péritonite aiguë généralisée primitive, envisagée spécialement chez l'adulte. — Thèse de Doctorat, Paris, 1878, Louis Leclerc. 66 pages.

La preuve de l'existence de cette péritonite, dite spontanée, repose sur une dizaine d'autopsies pratiquées par des maîtres éminents ou sous leurs yeux, avec l'idée préconçue de rencontrer une de ces altérations si nombreuses qui peuvent retentir sur le péritoine.

A l'aide des documents épars dans les auteurs et de faits personnels, j'ai pu constituer l'histoire nosologique de cette entité morbide et la distinguer des *péritonites rhumatismales* ainsi que de l'*ascite aiguë fébrile* dont j'ai retracé les principaux caractères.

La symptomatologie, le diagnostic et l'étiologie sont entièrement basés sur l'analyse clinique, qui m'a permis, entre autres résultats, d'établir les différences qui séparent la péritonite *a frigore* des péritonites *rhumatismales*, ces dernières offrant comme traits distinctifs, l'alternance ou la coïncidence avec d'autres manifestations de la diathèse, qui, dans des cas très rares, lui succèdent à échéance plus ou moins rapide, quand la péritonite ouvre la scène morbide.

Il n'est pas sans intérêt de comparer ces résultats consignés en 1878 à ceux qu'à fait connaître Leyden en 1885 à la Société de médecine de Berlin. On sera certainement surpris de lui voir affirmer que la péritonite idiopathique n'est pas reconnue aujourd'hui par le public médical et qu'il n'a pu trouver dans notre littérature scientifique aucune observation datant de l'époque actuelle. Les exemples très probants qu'il rapporte, ainsi que ceux de Liman

et de Guttmann, confirment lès données que j'ai exposées sept ans avant cette communication. (*Semaine médicale*, 1885 ; pages 140 et 159.)

L'Anasarque symptomatique des collections purulentes de la plèvre et du poumon. — Bordeaux, 1881.

Ce travail montre que l'anarsaque, s'observe parfois dans le cours de la pleurésie purulente, en dehors de la période cachectique, d'une affection cardiaque et de l'albuminurie. Son mode d'apparition ressemble à celui des œdèmes du mal de Bright. Elle disparaît après l'évacuation spontanée ou provoquée du liquide, ce qui constitue l'un de ses caractères les plus importants. Sa constatation corrobore celle des autres symptômes indiquant l'existence du pus, et peut, en leur absence, être invoquée comme un élément de diagnostic d'une collection purulente.

C'est, du reste, l'opinion soutenue par M. le professeur Germain Sée, dans son récent traité *des maladies simples du poumon* (p. 509), lorsqu'il dit que le symptôme en question permet, « presque à coup sûr d'affirmer que l'épanchement est purulent. »

Hémiplégie motrice des membres gauches au cours d'une démence sénile ; Respiration de Cheynes-Stockes avec arythmie cyclique du pouls. — Ramollissement de la deuxième circonvolution occipitale droite et de la face inférieure du lobe occipital gauche ; Atrophie du pli de passage de la première à la deuxième frontale. Œdème cérébral ; Apoplexie pulmonaire du côté paralysé. — *Gazette hebdomadaire de Bordeaux*, 1882, pages 359 et 374.

Dans cette observation, je rattache à une origine cérébrale la respiration de Cheynes-Stockes et l'arythmie cyclique du pouls, et plus particulièrement à l'œdème et à un certain degré de compression de cerveau, en raison de l'absence de symptômes morbides du côté du cœur et du poumon, à l'époque où l'on a commencé à les reconnaître. L'apoplexie pulmonaire ne saurait être incriminée, car elle ne s'est manifestée qu'à la période ultime ; le cœur n'offrait pas de dégénérescence graisseuse et les

valvules étaient saines ; les reins présentaient une structure normale. L'ancienneté du ramollissement occipital ne pouvait expliquer ces phénomènes terminaux survenus brusquement huit jours avant la mort ; un œdème rapide de l'encéphale, constaté à l'autopsie, m'a paru seul en rapport de causalité avec cet ensemble symptomatique remarquable.

Contribution à l'étude des paralysies qui surviennent dans la pneumonie. — Atrophie musculaire des jambes ; aphasie transitoire sans paralysie, dans la convalescence d'une pneumonie aiguë. — *Gazette hebdomadaire de Bordeaux*, 1882.

L'atrophie des membres inférieurs constatée chez ce malade alors que le reste du corps avait à peu près conservé son embonpoint normal, constitue, dans l'histoire des paralysies pneumoniques, une modalité très rare, puisque Grisolle ne l'a rencontrée qu'une fois et Leudet une fois également sur deux cents observations. En éliminant de la pathogénie les troubles circulatoires, la dégénérescence vitreuse, etc. je rattache cette amyotrophie à une altération des cellules motrices de la moelle, tout en faisant la part des troubles névritiques que j'ai également signalés : lésions du système nerveux qui semblent traduire une imprégnation par les micro-organismes de la pneumonie infectieuse.

Etudiant ensuite l'*aphasie* qui survient dans la convalescence des maladies aiguës, j'ai montré qu'il n'en existait à cette époque aucun exemple à la suite de la pneumonie, et qu'on devait la rattacher à l'ischémie passagère de la frontale externe inférieure par athérôme sous l'influence d'une parésie cardiaque transitoire.

Endocardite ulcéreuse de la tricuspide au cours d'un ictère grave. — *Société anatomique de Bordeaux* 1882.

Parmi les réflexions consignées à la suite de cette observation accompagnée d'autopsie, on note la corrélation d'une endocardite et de l'ictère, de sorte que les souffles cardiaques peuvent en pareil cas reconnaître une cause inflammatoire, indépendamment de l'exagération de la tension dans l'artère pulmonaire. Le souffle

xiphoïdien, l'accélération du pouls, ainsi qu'un abaissement notable de la température ont seuls signalé l'existence de cette complication dont les caractères s'écartent notablement des deux formes classiques de l'endocardite ulcéreuse dont la genèse a paru se rapporter ici à une intoxication d'origine hépatique ainsi qu'au ralentissement de la nutrition inséparable de la carcinose.

Gangrène senile ayant débuté lentement par une asphyxie locale des extrémités inférieures; concrétions fibrineuses anciennes dans l'iliaque primitive et la crurale droites et dans la crurale gauche; athérôme des vaisseaux; plaques ramollies sur toute l'aorte; dégénérescence graisseuse du cœur. — *Société anatomique de Bordeaux* 23 janvier 1883.

Dans cette observation suivie d'une autopsie très intéressante, j'indique les difficultés auxquelles peut donner prise, chez les vieillards, l'impotence fonctionnelle des membres inférieurs occasionnée par des troubles artériels.

Le début lent et graduel contraste avec les faits habituels de gangrène des extrémités; il en est de même de l'asphyxie locale du pied et de la jambe qui n'a pas été signalée à la période initiale de la gangrène sénile. Le niveau élevé des oblitérations vasculaires se rapproche des faits analogues mentionnés dans ma thèse d'agrégation et dans lesquels, concurremment à l'extension des lésions d'endartérite, l'état du sang et la parésie du muscle cardiaque sont des facteurs très importants de la mort définitive des tissus.

L'érythème noueux fébrile et ses complications viscérales. — *Gazette heddomadaire de Bordeaux*, 1882-1883. — **J. B. Baillière 1883; 51 pages, avec tracés.**

L'érythème noueux, variété de l'érythème polymorphe, se montre fréquemment en relation avec des symptômes généraux qui l'ont fait ranger en France à côté des fièvres éruptives. (Trousseau, G. Sée, Hardy.)

L'étude de la plupart des faits publiés et d'autres qui me sont

personnels, m'a permis d'apporter quelques matériaux nouveaux à l'appui de cette doctrine : c'est d'abord la description du *type fébrile* au moyen des tracés thermométriques, qu'on n'avait pas encore faite ; puis, le rattachement à la fièvre des douleurs articulaires et surtout péri-articulaires, dont le siège impliquait constamment l'idée de rhumatisme ; enfin l'exposé des nombreuses manifestations viscérales et de l'état du sang, sur lesquels on ne possédait aucun travail d'ensemble.

Il en résulte que dans bien des cas l'érythème noueux n'est autre que l'expression cutanée d'une maladie pyrétique, ressemblant à une fièvre d'infection, entraînant des réactions douloureuses au niveau des jointures, comme on l'observe dans les *pseudo-rhumatismes* décrits par Bouchard.

Sans nier, du reste, l'existence d'un érythème noueux d'origine rhumatismale, le plus grand nombre des faits que j'ai analysés reconnaissent une étiologie différente, relevant vraisemblablement d'un état *infectieux*, dont les probabilités ont été depuis affirmées dans les monographies sur l'érythème polymorphe, où mes recherches ont été largement mises à contribution dans les descriptions de la variété *noueuse* de cette maladie.

Parmi les conclusions de ce travail, je citerai plus particulièrement les suivantes qui m'appartiennent en propre.

L'étude des *températures* permet de séparer les faits d'érythème noueux fébrile en deux catégories : ceux dans lesquels la fièvre évolue *rapidement*, ceux où elle se prolonge avec les caractères d'une *continuité* véritable.

Dans la première, l'élévation thermique devance habituellement l'éruption et ne tombe pas brusquement au moment où cette dernière apparaît, comme on l'affirmait avant de connaître les données fournies par le thermomètre.

Dans la seconde, les tracés se rapprochent de ceux de la fièvre typhoïde, sans que les complications puissent expliquer la *continuité* de la fièvre.

Dans le cadre des *manifestations douloureuses* je signale celles qui siègent au niveau des jointures ainsi que les arthralgies et les douleurs tendineuses résultant de poussées probables vers les synoviales, et dont on a rapporté l'existence au rhumatisme, alors qu'il s'agit le plus souvent de modalités très variées

d'hyperalgésie, telles qu'on les observe dans un grand nombre de maladies générales.

Au milieu des complications assez fréquentes de l'érythème noueux fébrile, je fais une place spéciale à l'*endocardite* dont j'ai analysé seize cas.

L'étude de son évolution m'a permis d'en préciser l'origine et de la rapporter à l'*état général* au lieu de la considérer comme une manifestation dépendant de l'éruption cutanée, attendu que les phénomènes anormaux d'auscultation suivent une marche graduelle, sans subir de modifications en rapport soit avec l'intensité, soit avec les recrudescences de l'érythème.

(Voir l'analyse de Merklen dans les *annales de dermatologie*, 1883.)

L'hémiplégie homonyme de la face et des membres dans les lésions en foyer de la protubérance annulaire. — *Gazette de Bordeaux*, et brochure de 34 pages, chez J. B Baillière, 1883.

Ayant rencontré à l'autopsie d'une malade atteinte d'hémiplégie motrice de la face et des membres du même côté un ramollissement bien circonscrit de la protubérance annulaire, j'ai rattaché les troubles moteurs à la localisation de ce foyer dans la zone traversée par les fibres du faisceau *pyramidal*. La paralysie alterne n'est donc point la seule modalité symptomatique des lésions protubérantielles.

Onze observations analogues m'ont permis de décrire les particularités de ce chapitre de la pathologie du pont de Varole.

Ce sont surtout les altérations de l'étage moyen, limitées au parcours du faisceau volontaire, qui déterminent du côté opposé du corps l'hémiplégie de la face et des membres.

Le faible degré de la paralysie faciale s'expliquerait par l'intégrité d'une portion des fibres du faisceau géniculé qui se rendent obliquement au noyau du facial.

De même que les foyers interrompant la continuité des fibres motrices dans leur trajet cortico-pédonculaire, ceux qui siègent dans leur parcours protubérantiel, entraînent des paralysies durables ainsi que des dégénérations descendantes.

Démence subite compliquant une pleuro-pneumonie. — *Gazette hebd. de Bordeaux.* 1883; p. 285.

L'apparition brusque chez une malade saine d'esprit, de troubles cérébraux caractérisés par la perte des facultés intellectuelles et morales et de l'usage de la parole, sans trace de paralysies motrice, sensitive et vaso-motrice, troubles qui se sont confirmés par la suite sans aucune rétrocession, justifie l'étude des symptômes et des circonstances dans lesquelles ils on pris naissance. Le diagnostic différentiel permet de remonter à un ramollissement par thrombose, à début symptomatique rapide, comme je l'ai si gnalé pour les membres à propos des gangrènes; cette altération d'origine ischémique a été hâtée dans son développement par une pneumonie avec affaiblissement de la force contractile du cœur.

A cette occasion, je montre que le ramollissement cérébral peut être la cause des hémiplégies pneumoniques généralement considérées comme réflexes; car à deux faits de Lépine et de Strauss, j'en ajoute quatre rencontrés dans le traité de Durand-Fardel.

J'ai rapproché ce cas de la pneumonie compliquée d'amyotrophie et d'aphasie, que j'avais observée antérieurement en ce que les phénomènes cérébraux paraissent engendrés par un processus similaire, c'est-à-dire par une altération préalable des parois vasculaires combinée à des troubles circulatoires engendrés par l'état dyscrasique du sang et par la parésie du muscle cardiaque.

Paralysie du nerf médian; troubles trophiques. — *Gazette de Bordeaux* 1884: pages 81 et 87.

Ce fait est remarquable par une anesthésie tactile de la main en rapport avec la distribution du nerf coïncidant avec une hyperesthésie thermique, et par des troubles trophiques (bulle s, ulcérations, rougeur et gonflement des doigts) développés sur les zones privées de leur sensibilité de contact. Il est le point de départ d'un exposé des recherches récentes sur la paralysie du médian et sur les lésions nutritives qu'elle entraîne.

L'ictère grave sporadique curable. — *Gazette de Bordeaux* et brochure. 36 pages, chez J. B. Baillière; 1884.)

L'ictère grave ou typhoïde est presque constamment mortel. Un cas de guérison que j'ai pu suivre à l'hôpital m'a engagé à rechercher les observations analogues, dont le chiffre ne dépassait pas alors le chiffre de 35, afin de mettre en relief les circonstances qui pouvaient faire prévoir et espérer cette heureuse issue.

J'ai pu constater que la fièvre, ne dépassant guère 39° 5, tombe presque subitement, du septième au neuvième jour, et que le pouls suit une marche à peu près parallèle.

Les *modifications urinaires* offrent un intérêt majeur en pareil cas. Diminuées et parfois supprimées au début, tandis que le chiffre de l'urée s'abaisse, les urines reparaissent et s'accroissent ainsi que l'urée, dès que s'annoncent les autres phénomènes qut traduisent une amélioration dans l'état des malades.

Aucun indice clinique ne permettant alors d'invoquer une altération préalable du rein, on est forcément conduit à admettre que ces modifications sont sous la dépendance du processus qui domine toute la scène morbide. Nées avec la pyrexie, disparaissant avec elle sans laisser de traces, elles marchent parallèlement à la courbe thermique, dans la majorité des cas, pour se terminer par une véritable *crise urinaire* qui constitue l'une des modalités les plus remarquables de ces ictères typhoïdes primitifs.

Quant à l'*albuminurie*, qu'on regarde généralement comme très grave, sa constatation dans presque tous les faits de guérison vient atténuer singulièrement ce pronostic défavorable.

Au sujet des complications *cardiaques* qui relèveraient le plus souvent d'une insuffisance fonctionnelle suivant la plupart des auteurs, j'ai pu rattacher leur origine au développement d'une *endocardite*.

Le *traitement* comporte l'indication capitale de surveiller le fonctionnement du rein et de chercher à débarrasser l'organisme des déchets qui s'accumulent dans le sang.

Urémie cérébrale et gastro-intestinale : Folliculites ulcéro-gangréneuses latentes de l'intestin. — (*Gazette de Bordeaux*, 1885; page 334.)

En publiant cette observation, j'ai voulu plus particulièrement insister sur l'évolution parallèle d'une urémie cérébrale bien caractérisée et d'une urémie intestinale latente. Celle-ci, malgré la présence d'ulcérations et de folliculites nombreuses, n'a pour ainsi dire entrainé aucun des phénomènes morbides qu'on observe habituellement en pareil cas. J'ai montré de plus que l'intoxication urémique pouvait déterminer une congestion des vaisseaux de l'encéphale et que la théorie classique de l'anémie cérébrale et de l'intervention du cœur ne saurait être appliquée à la pathogénie des symptômes et des lésions que j'ai signalés.

Contribution à l'étude des paralysies qui surviennent dans la fièvre typhoïde; Paraplégie et amyotrophie myélopathiques d'origine typhoïdique. — *Gazette de Bordeaux*, 1885; page 446.

Cette étude repose sur l'analyse d'un fait, qui constitue l'une des modalités les plus exceptionnelles des paralysies typhiques en raison de la systématisation probable du processus morbide au niveau des cornes antérieures de la moelle. Il m'a permis de passer en revue l'étiologie et la symptomatologie des divers troubles paralytiques qui surviennent dans la fièvre typhoïde. Il offre une analogie frappante avec celui que j'ai décrit, en 1883, et qui concerne une atrophie des membres inférieurs apparue dans la convalescence d'une pneumonie.

Insuffisance aortique sans double souffle crural; souffle extra-cardiaque par refoulement artériel.— Autopsie : aortite généralisée; anévrysme ancien de l'aorte thoracique descendante; congestion apoplectiforme des poumons. — (*Bulletin de la Société anat. de Bordeaux*, 1885; p. 191.

Dans cette observation, j'attribue l'absence du signe de Durosiez, à la perte d'élasticité artérielle déterminée par l'aortite géné-

ralisée, à l'exclusion de l'anévrysme thoracique, en raison de la non existence de ce signe dans les vaisseaux du cou.

Les caractères du souffle le classent dans les bruits extra-cardiaques ; son mécanisme diffère de celui que lui ont assigné Richardson, Potain et Choyau. La lame pulmonaire contiguë au cœur, n'était en effet retenue par aucune adhérence et correspondait à la naissance des gros troncs vasculaires partant de la base de l'organe. Le seul mouvement d'expansion qui pût lui être communiqué provenait donc d'une ampliation vasculaire puisque le souffle était systolique. Sa cause immédiate paraît avoir résidé dans l'apparition d'une congestion apoplectiforme du poumon dont les phases ont influencé nettement les modalités de ce bruit.

Le coup de chaleur respiratoire. — *Société d'hygiène de Bordeaux et Revue sanitaire du Sud-Ouest*, 1886.

J'ai pensé qu'il serait utile à propos d'un fait que j'avais suivi, de dissocier, parmi les accidents imputables à des températures élevées, ceux qui pouvaient survenir dans des milieux viciés et dont l'asphyxie paraît être un facteur important. Les phénomènes signalés chez un certain nombre de malades, comparés à ceux que donne chez les animaux le séjour dans une étuve surchauffée, permettent de se rendre compte de la pathogénie de cette variété du coup de chaleur, en admettant une souffrance initiale au niveau des extrémités périphériques des nerfs pulmonaires. Ce point de départ respiratoire s'observait nettement dans plusieurs expériences inédites du laboratoire du professeur Jolyet ; et ce n'est qu'après une période ultérieure que l'arrêt du cœur entraînait l'asphyxie. La même filiation morbide se déroule assez souvent chez l'homme où elle m'a paru reconnaître une pathogénie à peu près identique à celle des cas expérimentaux que je cite.

Une indication capitale en est la conséquence : c'est de pratiquer la respiration artificielle chez les malades frappés du coup de chaleur asphyxique survenant plus particulièrement dans des milieux viciés, tels que ceux que constituent les agglomérations humaines et principalement les *troupes en marche*.

L'espace semi-lunaire. — *Gazette hebdomadaire de Bordeaux* et brochure de 36 pages. J. B. Baillière, 1887.

C'est à l'occasion de mon cours complémentaire de *Percussion et d'Auscultation*, que j'ai recueilli chez l'homme sain ou malade, aussi bien que sur le cadavre, les matériaux qui m'ont permis de présenter les notions afférentes à ce sujet qui peuvent être utilisées pour le diagnostic.

Après avoir décrit la configuration et les rapports de l'espace de Traube à l'état normal, j'ai passé successivement en revue les modifications qu'il subit dans les affections de la plèvre et du poumon gauches, du péricarde et du cœur, du foie, de la rate et de l'estomac.

En ce qui concerne l'anatomie topographique, j'ai fait ressortir que cet espace, sous-tendu par le rebord des fausses côtes, se limite en haut par une courbe qui représente approximativement la direction du sinus phréno-costal et figure la séparation des cavités thoracique et abdominale par l'intermédiaire du diaphragme.

Au point de vue pathologique, c'est surtout dans les affections de la plèvre et du poumon gauches que ses variations sont utiles à connaître.

Dans les *pleurésies*, les collections peu abondantes déterminent une matité triangulaire à base postérieure, dont la courbe inférieure correspond à la limite du sinus costo-diaphragmatique.

Le rétrécissement de l'espace de Traube peut se combiner aux signes d'une symphyse phréno-costale ; il signifie le plus souvent alors que le sinus est oblitéré par un exsudat membraneux très épais et contre-indique la thoracentèse.

Exceptionnellement, il peut rester sonore malgré l'existence d'un épanchement, lorsque les adhérences phréno-costales, plus ou moins anciennes et peu épaisses, entraînent l'immobilisation du diaphragme qui adhère souvent en même temps au poumon.

La percussion fournit alors une notion très importante en permettant de préciser la position élevée et la fixité du muscle phrénique et de faciliter le choix de l'espace intercostal où devra porter l'instrument pour éviter de l'enfoncer dans l'abdomen.

J'ai montré que dans ces faits de symphyse, la thoracentèse ou la pleurotomie doivent être pratiquées à un niveau bien supérieur à celui qu'on préconise habituellement, et que le sommet de la courbe de l'espace semi-lunaire indique, à quelques centimètres près, le plan horizontal au-dessus duquel doit porter toute intervention opératoire destinée à pénétrer dans la cavité thoracique sans atteindre le diaphragme.

Dans les chapitres suivants après avoir insisté sur ce fait que les processus ayant le poumon pour siège exclusif n'entraînent en général que des modifications peu notables de la zone de Traube, j'ai cherché quelles étaient les circonstances où la percussion de cette zone pouvait rendre des services dans les affections du cœur et du péricarde.

La circonscription de la matité cardiaque en bas et à gauche par les deux zones de sonorité gastrique et pulmonaire, constituerait une présomption très sérieuse en faveur de l'absence d'un épanchement pleural gauche.

Les accumulations considérables de liquide dans le péricarde se traduisent par l'abaissement de la ligne gastro-cardiaque, à la suite du redressement graduel de la voussure du diaphragme. Souvent alors, entre cette ligne et la pointe du cœur, existe un espace rempli d'exsudat. En ponctionnant à un centimètre au-dessus de la limite inférieure de la matité, et en se rapprochant du mamelon, on évite à la fois la blessure du diaphragme et celle du cœur.

Le dernier chapitre est consacré à l'étude des modifications que font subir à l'espace semi-lunaire les augmentations de volume du foie et de la rate ainsi que les diverses affections de l'estomac.

De l'action nocive des vapeurs d'alcool absorbées par les voies respiratoires. — *Société d'hygiène publique de Bordeaux et Revue sanitaire de Bordeaux*, 25 juin 1887.

L'observation d'un fait de broncho-pneumonie compliquée d'une attaque de *delirium tremens* dont l'origine a paru se rapporter à une intoxication de longue date par les vapeurs d'alcool, m'a permis d'attirer l'attention sur les conditions professionnelles,

dans lesquelles les boissons spiritueuses exercent leur action nocive sur l'organisme en frappant, tout d'abord, par leurs émanations, les voies respiratoires.

Au point de vue pathologique, une particularité qui n'avait pas été signalée, c'est que les manifestations les plus caractéristiques de cet alcoolisme d'origine respiratoire, atteignent d'emblée le système nerveux, se révèlant par une suite de troubles intellectuels, sensitifs et moteurs, dont la cause échappe généralement, et qui peuvent aboutir aux différentes formes de l'aliénation mentale.

Après avoir étudié les circonstances qui président à l'explosion de l'alcoolisme aigu par inhalations, j'ai montré que l'intoxication chronique en dérive également et j'ai insisté sur ce point, qui n'a pas été décrit, qu'en plus des localisations nerveuses et digestives, les accidents respiratoires peuvent s'y rencontrer, et déterminer plus particulièrement des phénomènes congestifs du côté des bronches et des poumons. D'autres fois il s'agit d'un alcoolisme latent qui se révèle à l'occasion d'uneblessure ou d'une maladie aiguë.

Les oreillons graves d'emblée. — *Gazette hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, 1888, nos 7, 8 et 9.

Sous la dénomination d'*oreillons graves d'emblée*, je comprends un certain nombre de faits qui se distinguent par l'explosion de symptômes généraux graves dérivant d'une infection profonde de l'économie.

La fièvre et l'état typho-méningitique qui les caractérisent, évoluent parallèlement à des troubles viscéraux qui se localisent plus spécialement sur le tube digestif et ses annexes, sur les reins, parfois sur la muqueuse des voies respiratoires, exceptionnellement sur l'endocarde et le péricarde, tandis que le système nerveux participe à des degrés variables à cet ensemble morbide dont tous les traits semblent se rapporter à une infection d'origine microbienne.

Parmi les symptômes locaux, je fais ressortir l'importance de la *gastro-entérite ourlienne* dont la description me permet d'élimi-

ner de la pathogénie, les altérations fluxionnaires ou autres du pancréas et d'en rapporter le siège habituel à la muqueuse de l'intestin. D'après un certain nombre de faits, je crois pouvoir émettre l'hypothèse que cette localisation constitue parfois à elle seule une variété d'oreillons *frustes* à forme *gastro-intestinale*.

Dans le cadre des symptômes généraux, la *fièvre* tient une des premières places. D'après l'étude de la température on reconnaît qu'on se trouve en présence d'une maladie d'infection dans laquelle le processus fébrile n'est pas corrélatif des fluxions glandulaires et peut dominer à lui seul la scène morbide, dans les formes hypertoxiques où la défervescence n'arrive parfois qu'à la fin du second septénaire.

L'*état typhoïde* n'a été relaté qu'en raison de son apparition à l'époque du développement des manifestations testiculaires. Survenant *d'emblée*, dès le début des fluxions parotidiennes, il prête à des considérations importantes au point de vue du diagnostic, lequel peut osciller entre la fièvre typhoïde, la péritonite aiguë et même un empoisonnement.

J'ai cru devoir adopter l'expression d'*encéphalopathie ourlienne* pour désigner les phénomènes cérébraux qui, tout en relevant de lésions méningitiques, peuvent également reconnaître pour cause une intoxication d'origine urémique.

Quant au *traitement*, la nature infectieuse et très probablement microbienne de la maladie justifie l'administration de préparations antiseptiques.

Il faut savoir respecter, sans les entraver, les localisations sur les glandes et le tube digestif; en même temps, on veillera plus spécialement sur la sécrétion urinaire dont les troubles ont été plusieurs fois le point de départ d'une urémie méconnue.

Les zones opto-corticales du cerveau chez l'homme. — *Gazette hebd. des Sciences médicales de Bordeaux*, **nos 7, 8, 9, et brochure de 30 pages, 1888.**

Les recherches expérimentales aussi bien que les faits cliniques ont permis de reconnaître au niveau des lobes occipitaux et pariétaux l'existence d'une zone corticale en rapport avec le fonction-

nement de la vision. Trois observations qu'il m'a été donné de recueillir confirment l'hypothèse de cette aire visuelle et permettent, en les rapprochant des cas analogues, d'en préciser le siège. J'en ai tiré les conclusions suivantes :

1° Il existe, chez l'homme, deux territoires de l'écorce du cerveau plus particulièrement dévolus aux perceptions visuelles :

(a) La *zone externe* comprend comme centre intensif la *première* et la *deuxième circonvolution occipitales;* le *pli courbe* et le *lobule du pli courbe* lui appartiennent chez un certain nombre de sujets.

(b) La *zone interne* est représentée par le *coin* et peut-être par le pied de la deuxième temporale adjacente;

2° Les lésions qui détruisent ces deux zones *opto-corticales* dans un seul hémisphère, déterminent le plus habituellement l'*hémianopsie latérale du côté opposé,* mais peuvent également provoquer l'apparition d'une *amaurose uni-oculaire croisée*, comme je l'ai observé pour un ramollissement du *coin*;

3° Ces symptômes peuvent se présenter avec des altérations *limitées à l'écorce* des deux zones précitées aussi bien qu'avec des foyers du *centre ovale* interrompant la continuité des faisceaux optiques qui se rendent aux mêmes zones;

4° Les *lésions bilatérales* des sphères visuelles internes et externes s'accompagnent le plus souvent de *cécité subite et complète*;

5° Mais l'*abolition totale* de la vision s'est rencontrée plusieurs fois dans les foyers morbides n'intéressant *qu'un seul hémisphère*;

6° Toutes ces lésions peuvent rester *latentes*, ainsi que le démontrent plusieurs observations que je discute. Je termine en indiquant les applications que les localisations des centres visuels de l'écorce sont capables de fournir dans les traumatismes et pour l'opération du trépan.

1889 Leçons cliniques sur les Maladies de l'Enfance.

Déjà publiées : La coqueluche et ses formes asphyxiques. De la dilatation du cœur droit qu'elle entraîne et de son influence sur la mort par suffocation. Gaz. hebd. de Bordeaux. Janvier 89.

Les ascites de l'Enfance ; leurs rapports étiologiques avec les cirrhoses veineuses ; indications thérapeutiques ; action du [illegible] de l'[illegible]. id. février.

En cours de publication :

La tuberculose [illegible] des nouveau-nés.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Des gangrènes spontanées. — Thèse d'agrégation, Paris, J. B. Baillière, 1880, 159 pages.

Dans cette étude des gangrènes spontanées, j'ai eu pour but de tracer l'histoire complète du processus gangréneux tel qu'il se présente en dehors des cas de traumatismes, et exclusivement au point de vue médical.

Dans l'historique, j'établis la succession des nombreuses acquisitions de la science au sujet des gangrènes, soit au point de vue des états morbides qu'elles accompagnent (fièvres, maladies générales), soit au point de vue de leurs localisations diverses et de leurs types actuellement connus.

Au sujet de l'*étiologie*, je montre que si la gangrène reconnait comme cause prédisposante la nutrition défectueuse des tissus par l'intermédiaire des altérations du sang, il est indispensable pour qu'elle se localise en un point de l'organisme, qu'elle y rencontre des causes occasionnelles parmi lesquelles les modifications circulatoires occupent une place très importante.

Je passe en revue l'influence des altérations du système circulatoire, en définissant le rôle des artères, des veines, des capillaires et du sang, puis j'établis l'état de la science sur la part du système nerveux dans la genèse de ce processus.

Le chapitre suivant a trait à la description des gangrènes suivant leur *siège*, de façon à rechercher comment se comportent les causes précitées, sur les muqueuses, les téguments, les membres et les viscères.

J'arrive ensuite à l'étude des gangrènes suivant les *maladies* qu'elles accompagnent.

Survenant à la suite de toutes les pyrexies quand celles-ci déterminent un état d'adynamie profonde, on les rencontre surtout dans les fièvres éruptives, puis dans la fièvre typhoïde, le typhus, la

fièvre jaune, l'érysipèle, le rhumatisme, l'état puerpéral, l'endocardite ulcéreuse ; on les observe aussi bien dans la peste que dans le choléra. Elles prennent également naissance dans les états cachectiques et dans les intoxications, et c'est à ce titre qu'elles apparaissent dans la phtisie, la syphilis, l'alcoolisme et surtout dans le *diabète*.

J'expose pour chacune de ces maladies quelles sont les particularités nosologiques afférentes aux gangrènes qui peuvent les compliquer.

L'anatomie pathologique embrasse à la fois toutes les altérations des tissus constatées dans les gangrènes et comporte l'examen des eschares au point de vue de leur constitution physique et chimique et l'état des vaisseaux, des nerfs, des muscles, des os, etc., soit au niveau, soit dans le voisinage des foyers de mortification.

Les *symptômes* sont locaux et généraux. Les premiers se rapportent aux trois périodes d'escharification, d'élimination et de réparation. Leur phase prémonitoire et leur mode de début fait l'objet d'une description qui n'avait pas encore été présentée sous une vue d'ensemble où l'on trouvera quelques données nouvelles sur les troubles de la sensibilité et de la motilité, de la température, etc.

Quant aux phénomènes *généraux*, ceux de la seconde période sont les plus importants en ce qu'ils traduisent l'apparition d'une infection secondaire, d'une véritable septicémie.

Après avoir décrit *la marche*, la *durée*, les *terminaisons*, je cherche à relever pour le *diagnostic* les causes d'erreur qui pourraient être invoquées à propos de chacune des variétés de gangrène et je termine par l'analyse des circonstances qui permettent de reconnaître l'origine du travail de mortification. Un point de détail que j'ai pu définir d'après l'examen de la plupart des observations connues de gangrène des membres, est celui qui consiste à spécifier que les symptômes brusques n'appartiennent pas en propre à l'embolie, mais caractérisent assez souvent aussi les oblitérations thrombosiques ; j'ai, depuis, constaté la réalité de cette analogie dans les processus analogues qui se développent dans l'encéphale.

Pour terminer, je cherche à dégager les *indications thérapeuti-*

ques qui se rapportent au *traitement* de la gangrène *imminente* et de la gangrène *confirmée*.

Après avoir indiqué les mesures de prophylaxie capables d'en éviter l'apparition, j'insiste sur ce que la thérapeutique des gangrènes est dominée par la médication tonique qui s'adresse à la prostration qu'on observe constamment chez tous les malades.

On doit évidemment y ajouter les moyens propres à atténuer les symptômes qui dérivent de l'état local.

PRINCIPALES PUBLICATIONS CONCERNANT L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Du cancer primitif de la vulve et du vagin. — *Gazette hebdomadaire*, 1875, trois numéros avec planches.

Cette monographie d'une affection qui n'avait pas été l'objet d'une description spéciale dans les auteurs français, repose sur les faits et les rares travaux épars dans les publications médicales ainsi que sur une observation personnelle. Elle comprend à la fois l'historique, l'étiologie, la symptomatologie et le diagnostic des tumeurs et des ulcérations cancéreuses qui se développent primitivement sur le conduit vulvo-vaginal. Sa partie la plus importante concerne l'anatomie pathologique qui forme ici la base de toute la symptomatologie.

Etude sur un cas d'obstruction intestinale, etc.— *Gazette médicale*, 1875, avec planche.

En plus de l'intérêt que comporte l'évolution de la maladie ce fait constitue une modalité anatomo-pathologique exceptionnelle, puisqu'elle n'a été rencontrée que deux fois par Fleury et par Cruveilhier (bride insérée sur une anse d'intestin par ses deux extrémités). La présence d'un liquide muco-sanguinolent glutineux dans le bout supérieur ainsi que l'absence de gaz, qui confirment les recherches de mon maître Nicaise, démontrent la difficulté d'aspirer le contenu de l'intestin avec un trocart capillaire.

Du cancer de l'apophyse mastoïde. — *Annales des maladies du larynx*, 1875.

Etude de symptomatologie et d'anatomie pathologique d'après une observation recueillie dans le service de Demarquay.

Le sarcôme du lobule de l'oreille. — *Gazette médicale*, 1875.

Il s'agit d'une tumeur sarcomateuse enlevée par Nicaise et qu'on a très rarement l'occasion de rencontrer lorsqu'il n'existe pas de cicatrices ou de déchirures consécutives à l'emploi des boucles d'oreille.

Dilatation des trompes ; Corps fibreux comprimant les canaux tubaires à leur origine : avec observation à l'appui. — *Société anatomique de Paris*, 23 avril 1875.

Tumeur symétrique des corps striés; mort subite. Avec observation à l'appui. — *Société anatomique de Paris*, 11 mai 1877.

Végétations sur les valvules aortiques et sur l'endocarde. Petit anévrysme de l'artère sous-clavière ayant coïncidé avec la disparition subite du pouls. — *Société anatomique de Paris* , 14 décembre 1877.

Ce fait accompagné d'une observation détaillée, peut être assez exactement comparé à celui qu'a rapporté M. Legroux et qu'il considérait comme unique dans la science. (*Société des hôpitaux*, 24 octobre 1884).

De la péritonite aiguë généralisée primitive, etc. — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1878.

Les observations qui m'ont servi pour la rédaction de ce travail ont été pour la plupart suivies d'un examen anatomo-pathologique très complet qui m'a permis d'éliminer toutes les causes connues de l'inflammation du péritoine.

L'une des données qui s'en dégagent est l'absence d'épanchement ascitique dans les cas franchement inflammatoires, ainsi que l'avait du reste affirmé Besnier.

Hémiplégie motrice des membres gauches. Ramollissement occipital, etc. *Gazette hebdomadaire de Bordeaux*, 1882, pages 359 à 374.

L'analyse des symptômes que j'ai exposée précédemment m'a permis d'écarter l'hypothèse de leurs relations avec le ramollisse-

ment ancien du lobe occipital et de les rapporter à l'œdème rapide de l'encéphale qui seul pouvait les expliquer en l'absence de lésions cardiaques et rénales et du développement tardif d'une apoplexie pulmonaire également constatée à l'autopsie.

Endocardite ulcéreuse de la valvule tricuspide au cours d'un ictère grave. — *Bulletin de la Société anatomique de Bordeaux*, 1882.

Cette ulcération siégeant sur un endocarde altéré présente un double intérêt, tant par la localisation du processus à la valvule auriculo-ventriculaire droite que par les considérations qui s'en dégagent au point de vue de l'influence de l'intoxication d'origine hépatique sur la membrane interne du cœur.

Etude anatomo-pathologique sur un cas de gangrène des extrémités. — *Bulletin de la Société antomique de Bordeaux*, 1882.

J'ai cité ce cas comme le précédent, au sujet de mes recherches cliniques. On y trouve exposées les différentes altérations vasculaires qui ont entraîné l'apparition de la gangrène à laquelle la dégénérescence graisseuse du cœur est venue prêter son complément d'action.

De l'hémiplégie homonyme de la face et des membres dans les lésions en foyer de la protubérance annulaire. — J. B. Baillière, 1883.

Le fait qui sert de base à cette étude a été présenté à la Société anatomique de Bordeaux et se remarque par l'exacte circonscription d'un foyer de ramollissement à la zone occupée dans la protubérance par le faisceau pyramidal. Son analyse, très détaillée, m'a permis, en le rapprochant de dix observations que j'ai pu recueillir, de déterminer un point encore obscur des localisations protubérantielles, que j'ai déjà esquissé dans l'exposé de mes travaux cliniques. Les lésions ayant entraîné cette hémiplégie de tout un côté du corps occupaient l'étage *supérieur* et surtout l'étage *moyen*.

Quant à l'existence de la paralysie généralement très incomplète de la face, j'ai cherché à l'expliquer par la disposition du

faisceau *géniculé* qui descend obliquement vers la région des noyaux moteurs du bulbe, de sorte que, plus on se rapproche de l'étage inférieur du mésocéphale, moins il y aura de fibres de ce faisceau comprises dans la lésion. Il en résulte que les fibres cortico-bulbaires qui vont provoquer les mouvements de la face, de la langue et peut être du voile palatin, étant plus facilement comprises en masse dans un foyer des parties supérieures, la paralysie de la face sera dans ces cas à peu près complète; elle sera moins appréciable au contraire et souvent dissociée quand les lésions siégeront à des niveaux inférieurs.

L'ictère grave sporadique curable. — Bordeaux, 1884.

A propos des complications cardiaques, je signale, dans cette monographie, (page 27). le cas d'un malade que j'ai suivi, et qui présenta, le vingt et unième jour d'un ictère typhoïde, des signes d'endocardite, laquelle fut confirmée par l'examen *post mortem*, car on trouva des végétations récentes sur la valvule mitrale. Plusieurs faits analogues prouvent que l'inflammation de l'endocarde peut se rencontrer au cours de l'ictère grave.

Urémie cérébrale et gastro-intestinale, etc. — *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1885.

Les folliculites ulcèro-gangréneuses trouvées dans l'intestin de ce malade se rapportaient de toute évidence a l'élimination par la muqueuse, des prduits toxiques accumulés dans le sang, et ressemblaient aux descriptions qu'en ont faites Treitz et Cornil et Ranvier. J'ai déjà montré ce qu'avait eu d'insolite leur évolution complétement latente, et je rappelle que j'ai également insisté sur la présence d'une congestion cérébrale intense et sur l'intégrité du cœur, comme manifestations anatomo-pathologiques exceptionnellement signalées dans l'urémie cérébrale.

Maladies cryptogamiques et microbiennes de la peau; de l'article Peau, du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (1885), pages 123-125 et pages 131 à 144.

La première partie de ce travail comprend le parasitisme normal et pathologique; on y trouve la première monographie de l'*actinomycose* cutanée.

La seconde partie résume les recherches récentes de bactériologie appliquées à la dermatologie. Aucune étude d'ensemble sur ce sujet n'avait encore paru dans les publications scientifiques. M. le professeur Masse a bien voulu m'en charger afin de l'intercaler dans l'article *Peau* dont il est l'auteur.

Je n'ai rangé dans ce cadre que les maladies cutanées dans lesquelles le processus microbien peut être considéré comme une note constante.

Dans les *affections microbiennes aiguës*, je passe successivement en revue les vésico-pustules et les tournioles, la folliculite agminée, le bouton de Biskra, le furoncle et l'antrhax, la lymphangite aigüe et le phlegmon diffus superficiel, la gangrène, l'érysipèle, les fièvres éruptives (variole, vaccin, rougeole, scarlatine); le pemphigus, la diphtérie cutanée, la pustule maligne, la morve, l'ulcère phagédénique des pays chauds.

Les *affections microbiennes chroniques* de la peau forment un groupe qu'on peut détacher aujourd'hui de l'histoire des tumeurs, et comprennent : le lupus vulgaire et les autres tuberculoses des téguments, la syphilis cutanée, la lèpre, le rhinosclérome, les verrues et le xanthélasma.

Insuffisance aortique sans double souffle crural, etc : Souffle extra-cardiaque par systole artérielle. Autopsie. — *Bulletin de la Société anatomique de Bordeaux*, septembre 1885.

Par les constatations cadavériques faites chez cet homme, j'ai pu reconnaître l'influence de l'aortite généralisée sur l'absence du double souffle de Durosiez, et celle de l'expansion systolique des vaisseaux de la base du cœur sur un poumon présentant une congestion apoplectiforme, comme cause d'un souffle extra-cardiaque sans que le poumon fût retenu par des adhérences.

J'ai décrit de plus une tumeur anévrysmale ancienne de l'aorte thoracique descendante qui n'était accompagnée d'aucun symptôme appréciable.

L'espace semi-lunaire. — Bordeaux, 1887.

Je rappelle que c'est par une série d'investigations cadavériques que j'ai pu préciser les données d'anatomie topographique rela-

tives à l'espace de Traube et contrôler dans un certain nombre d'autopsies d'épanchements pleuraux et péricardiques, les résultats que j'ai déjà eu l'occasion d'exposer.

Les zones opto-corticales du cerveau chez l'homme. — Bordeaux 1888.

Ce travail repose aussi en grande partie sur la description anatomo-pathologique des lésions cérébrales rencontrées au niveau des lobes occipito-pariétaux. J'ai présenté les conclusions auxquelles ces recherches, combinées à l'examen des malades, m'avaient conduit en contribuant à fournir quelques preuves de plus à la doctrine des localisations sensorielles dans le cerveau.

THÉRAPEUTIQUE

Indépendamment des chapitres qui terminent la plupart des monographies que j'ai publiées et dans lesquels se trouvent formulées quelques indications nouvelles ainsi que les moyens de les remplir, j'ai publié les recherches ou les revues suivantes :

Les applications récentes de la Pilocarpine. — *Gazette hebdomadaire de Bordeaux,* 1881, page 679.

L'acide phénique dans la fièvre typhoïde; Avantages et dangers; Contre-indications. — *Gazette hebdomadaire de Bordeaux,* 1881, page 996.

La constatation d'accidents graves survenus chez des typhiques à la suite de l'administration de l'acide phénique m'a conduit à formuler des réserves au sujet de l'emploi de ce médicament dont j'ai montré les dangers, aussi bien en ce qui concerne la susceptibilité toute spéciale des intestins de certains malades qu'en ce qui touche à l'apparition ou à l'aggravation des complications pulmonaires qui peuvent résulter de l'emploi de cet antiseptique.

Les injections intra-veineuses d'eau salée dans le choléra. — *Gazette hebdomadaire de Bordeaux,* 1884.

Dès le début de l'épidémie cholérique, j'ai fait une étude complète de ce moyen thérapeutique basée sur les observations publiées dans la science, et sur les résultats des recherches expérimentales, de façon à en préciser les indications aussi bien que les procédés opératoires.

L'essence de térébenthine dans le traitement de l'empoisonnement aigu par le Phosphore, — *Gazette de Bordeaux,* **et brochure de 109 pages, 1886.**

En analysant la symptomatologie des observations connues et de quelques-unes inédites, concernant l'administration de l'essence de térébenthine dans l'empoisonnement aigu par le phos-

phore et en la rapprochant des résultats donnés par l'expérimentation sur les animaux ; en comparant ensuite ces données à celles que fournit l'étude du phosphorisme aigu non combattu par ce moyen thérapeutique, je suis arrivé à établir des conclusions, dont les principales sont les suivantes.

La clinique et la médecine expérimentale concordent à démontrer que l'essence de térébenthine possède une action antagoniste de celle du phosphore, en ce qui concerne plus spécialement le cœur, le rein, le milieu sanguin et la température. Ces particularités n'avaient pas encore été reconnues chez l'homme.

Au début de l'empoisonnement, ce produit peut neutraliser la plus grande partie du poison ; à une phase plus avancée il donne à l'intoxication une forme bénigne qui aboutit à la guérison. De là son indication à toutes les périodes.

Il est préférable de recourir à l'antidote avant de donner un vomitif; l'ingestion stomacale et la méthode des frictions ou des inhalations peuvent être conbinées ; ces dernières sont indispensables en cas d'intolérance gastrique.

Le sublimé à petites doses dans le traitement de la fièvre typhoïde. — *Gazette hebdomadaire. des sciences médicales de Bordeaux*, 11 décembre 1887.

De l'analyse de vingt et un cas de fièvre typhoïde que j'ai traités par l'administration du sublimé aux doses de 2 à 5 milligrammes, et qui tous se sont terminés par la guérison quoique plusieurs d'entre eux fussent très graves, j'ai pu reconnaître que le traitement a paru diminuer la durée comme l'intensité du processus fébrile sans entraîner à sa suite d'accidents imputables à l'absorption des préparations mercurielles.

Ces conclusions reposent sur l'étude de tous les symptômes, et plus particulièrement sur la marche de la température qui n'a jamais présenté ces détentes brusques qu'avait notées Greifenberger, pour les doses élevées; en revanche, si la fièvre n'est pas jugulée, la maladie s'atténue dans la plupart de ses expressions symptomatiques et la convalescence survient plus rapidement, sans phénomène de débilitation, sans cette anémie profonde qu'a signalée Glaser à la suite de la même médication prescrite à doses toxiques.

Me fondant sur les travaux de Bouchard, de Roger et Charrin, j'attribue l'action du bichlorure en solutions deux ou trois fois moins fortes que celles qui tuent le bacille d'Eberth, à l'influence qu'elles exercent, dans le milieu sanguin, sur les intoxications d'origine secondaire ou autres, en s'adressant plus spécialement aux produits du fonctionnement des organismes infectieux, sans pouvoir détruire ou stériliser ces organismes eux-mêmes.

L'Antipyrine chez les Enfants.
(Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bord^x. 1889.)

L'action de ce médicament présente de grandes différences, chez l'enfant, suivant qu'on l'administre comme analgésique ou comme sédatif des actes réflexes — ou qu'on le prescrit dans les maladies fébriles.

Parfaitement toléré à hautes doses (3 à 4 grammes) dans la chorée, la coqueluche, la toux coqueluchoïde, les convulsions, l'ast[hme] etc..., il doit être employé avec les plus grandes réserves dans les états pyrétiques où les doses doivent être bien moins élevées pour ne pas voir apparaître des phénomènes d'intolérance ou de collapsus — Je rapproche cette donnée clinique des faits d'expérimentation émanant du laboratoire du Professeur Ch. R… faits qui démontrent que les substances toxiques, et en particulier l'antipyrine, possèdent une action d'autant plus accentuée que la température du corps s'élève davantage.

HYGIÈNE

Les mesures de désinfection dans la variole. — *Bulletin de la Société d'hygiène de Bordeaux*, 1881.

Les hôpitaux d'enfants dans les grandes villes. — *Bulletin de la Société d'hygiène de Bordeaux*, 1882.

Empoisonnement par les moules. — *Société d'hygiène de Bordeaux* et *Revue sanitaire du Sud-Ouest*, décembre 1883.

Le scorbut dans la marine marchande. — *Société d'hygiène de Bordeaux*, et tirage à part, 1883.

Ce travail comporte une étude d'étiologie et de prophylaxie dont le point de départ m'a été fourni par une série de malades que j'ai traités à l'hôpital Saint-André et qui avaient contracté le scorbut à bord de deux navires à voiles.

Note sur les épidémies de choléra qui se sont développées à Bordeaux en 1832, 1849, 1854. — *Revue sanitaire du Sud-Ouest*, 1884.

Accidents occasionnés par les champignons réputés innoffensifs; Prophylaxie des empoisonnements causés par les espèces vénéneuses. — *Société d'hygiène et Revue sanitaire du Sud-Ouest*, 1884; n° 26.

Le coup de chaleur respiratoire. — *Société d'hygiène et Revue sanitaire du Sud-Ouest*; 1886.

De l'action nocive des vapeurs d'alcool. — *Société d'hygiène et Revue du Sud-Ouest*, 1887.